



Agrisano Stiftung  
Laurstrasse 10  
5201 Brugg

**Säule 3b – Kollektivvertrag Nr. U8369**

**Versichertennummer** \_\_\_\_\_

## **Kündigung**

Gemäss Art. 14 Abs. 1 der Bedingungen ist eine Kündigung der Versicherung – erstmals nach einer Zugehörigkeit von 36 Monaten – jeweils unter Einhaltung einer Kündigungsfrist von 3 Monaten auf das Ende jeden Monats möglich. Sie hat schriftlich an die Agrisano Stiftung in Brugg zu erfolgen.

### **Angaben zur versicherten Person**

Name	_____
Vorname	_____
Adresse	_____
PLZ, Ort	_____
AHV-Nummer (13-stellig)	_____

### **Hiermit beantrage ich die Kündigung von nachfolgendem Plan:**

- Plan IR3** (Invalidenrente)
- Plan HR3** (Hinterlassenenrente)
- Plan TK3** (Todesfallkapital)

Kündigung per: \_\_\_\_\_ (ausschliesslich auf Monatsende möglich)

### **Zahlstelle Prämienrückerstattung**

Eine allfällige Prämienrückerstattung ist auf nachfolgendes Konto vorzunehmen:

IBAN \_\_\_\_\_  
Bank \_\_\_\_\_  
PLZ, Ort \_\_\_\_\_  
Konto lautend auf \_\_\_\_\_

**Bemerkungen** \_\_\_\_\_

Ort und Datum	Unterschrift der versicherten Person
_____	_____